

# **A DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL COMO EVENTO DE UM CORPO OBJETIVADO**

Wilma Dantas Pereira - Universidade Federal de Minas Gerais  
Cláudia Maria Mattos Penna - Universidade Federal de Minas Gerais  
Maria Édila Abreu Freitas - Universidade Federal de Minas Gerais

## **Resumo**

Este estudo discute o corpo/corporeidade numa perspectiva existencial e antropológica. Reflete acerca da objetivação do corpo na abordagem ao portador de doença crônica não-transmissível (DCNT). Para tanto, inicialmente a temática corpo é situada ao longo da história ocidental, em seguida discutem-se as questões: “ser acometido por uma DCNT: ruptura e elaboração” e “doença ou doente? Fragmentos de corpo ou corpo vivido?”. Percebe-se a necessidade de uma nova abordagem ao portador de DCNT, na qual o evento seja a pessoa em sua corporeidade e não apenas um corpo doente.

**Palavras-chave:** doenças crônicas não-transmissíveis; corpo/corporeidade; antropologia da saúde.

## **Abstract**

This study discusses the human body in an existential and anthropological perspective. It reflects about the objetivation of the body in management of not transmissible chronic disease. Initially the thematic body is situated in the occidental history, than the questions “ living with not transmissible chronic disease: rupture and elaboration” and “disease or person with disease: fragments body or corporality”. It is perceived the necessity of a new boarding to the person with chronic disease, in which the event is the human being and not only a sick organism.

## **INTRODUÇÃO**

Doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) é uma terminologia usada para “definir grupos de patologias caracterizados pela ausência de microorganismos no modelo epidemiológico, pela não transmissibilidade, pelo longo curso clínico e pela irreversibilidade” (LESSA, 1998, p. 29). Agrega doenças diversas como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias, entre outras. As DCNT representam hoje um grave problema de Saúde Pública. Com altas taxas de morbi-mortalidade, acarretam grandes gastos para o sistema de saúde e previdência. Decorre disso, uma grande produção científica acerca do comportamento dessas doenças e de seu tratamento: estudos epidemiológicos, fisio-patológicos, novos medicamentos, entre outros.

Por outro lado, o ser humano acometido por uma DCNT está sendo “esquecido” diante de todo esse aparato técnico-científico. O tratamento, as complicações das doenças, a administração de medicamentos parece ter mais relevância para os profissionais de saúde que o próprio sujeito que vivencia o processo de adoecimento crônico. Nesse contexto, o evento é a doença e não mais o homem. Assim, não obstante à imensurável contribuição dos avanços da ciência à vida das pessoas, convém ressaltar que ao destituir o homem do centro do processo de saúde-doença, corre-se o risco de ter-se uma ciência que pouco contribui para o sentido que o sujeito dá à sua vida.

A objetivação e fragmentação do ser humano em corpo e mente traz repercussões em diversas áreas. No cenário da saúde essa concepção binária corpo-mente legitimou a perda de autonomia do sujeito frente a um processo de adoecimento. O corpo, loccus do sujeito, passa a ser apropriado pelo profissional de saúde que trata e/ou cuida dele. Assim o corpo não é mais a

pessoa, o dualismo funciona como paradigma da ação médica, logo, tudo é permitido (LE BRETON, 1995).

O objetivo deste artigo é refletir sobre a objetivação do corpo na abordagem ao portador de DCNT. Para tanto, inicialmente a temática corpo é situada ao longo da história ocidental. Em seguida são apresentadas as questões: “ser acometido por uma DCNT: ruptura e elaboração” e “doença ou doente? Fragmentos de corpo ou corpo vivido?”.

## **CONSIDERAÇÕES SOBRE O CORPO AO LONGO DA HISTÓRIA OCIDENTAL: DOS GREGOS AOS CONTEMPORÂNEOS**

Segundo Alves (2003) falar de corpo compreende desafio, dor e inquietude. Para Sant’anna (1995) falar de corpo é abordar, ao mesmo tempo, o que se passa fora dele, ou seja, os aspectos sócio-culturais. E, sobretudo, implica em repensar o projeto antropológico desde os gregos aos contemporâneos (SANTIN, 1992).

É na Grécia Arcaica (séculos VIII e VI a.C.) que encontramos as raízes da busca de compreensão do “ser homem”. O discurso antropológico é inaugurado com Diógenes de Apolônia, o qual provavelmente seja o primeiro a considerar o homem nas dimensões corporal-espiritual (ALVES, 2003).

Na Idade Clássica, Sócrates volta sua atenção para o humano, e introduz a noção de *psiqué*. Este filósofo afirma a superioridade moral da alma. Contudo, é no pensamento de Platão que a ruptura corpo-mente será mais expressiva. Para ele, a alma é divina e sede de todo conhecimento, por outro lado, o corpo é mortal, sede de paixões desnecessárias e desprovido de inteligência. Nota-se em Platão a concepção de corpo vilão, inimigo da alma e do conhecimento.

Ainda na Idade Clássica, os gregos cultuavam os corpos belos, sinônimos de virilidade e fertilidade e de interesse do Estado (SILBERT citado por FREITAS, 1999). As esculturas dos deuses do Olimpo ilustram bem tal fato.

No Período Medieval, o forte domínio da Igreja Católica, influenciou a visão de corpo como fonte de pecado e de toda decadência humana. Segundo Freitas (1999, p.17), “o corpo transformou-se em algo pecaminoso, devendo ser depurado para o salvamento da alma”. Competia à igreja decidir quais castigos o corpo profano deveria receber através do processo da Santa Inquisição. Polak (1997, p.55-56) afirma que “a subordinação do corpo ao espírito o inferioriza, pois passa a ser visto como prisão da alma e o responsável pelas faltas cometidas”.

Santo Agostinho é destaque neste período. Segundo Alves (2003), não obstante a influência do neoplatonismo, em Santo Agostinho estão os pilares da reflexão do homem enquanto ser uno na narração da criação do homem, encarnação e ressurreição de Cristo. Ele busca no sagrado razões para justificar a união entre corpo, alma e espírito.

Não obstante a forte influência da Idade Média; assiste-se nos séculos XV e XVI a valorização das formas corporais na arte. Nesta época a morfologia era trabalhada com aparelhos de correção, corpetes e espartilhos. Desde a infância a forma do corpo era disciplinada por aparelhos. No século XVII, as cirurgias e as aparelhagens corretivas multiplicam-se. De acordo com Vigarello (1995, p.22) “o novo pensamento mecanicista emprega sua fecundidade sobre um corpo transformado ele próprio em máquina”. Segundo o mesmo autor, as peças corretoras são percebidas como de natureza idêntica às partes do corpo corrigidas.

Tal contexto é reflexo da relação que o homem da Idade Moderna estabeleceu com o *cogito* através do positivismo e empirismo. De um lado, Descartes representando a corrente racionalista, segundo a qual é no intelecto que reside toda inteligência; de outro, Bacon, como

principal nome da escola britânica, que valorizava a observação como fonte de todo conhecimento.

Essas duas correntes de pensamento deixaram marcas na ciência moderna e, inclusive na antropologia (ALVES, 2003). É a filosofia oficial consagrando a dicotomia corpo-mente. Pelo método analítico o todo deve ser dividido em partes para ser bem interpretado. Nesta tendência, os fragmentos do corpo vão requerer diferentes especialistas. Paralelamente a cada parte do organismo, cada vez mais detalhadamente estudada, há um distanciamento do sujeito em sua integralidade.

Neste cenário, La Mettrie, filósofo e médico inglês do século XVIII, desponta como ancestral do materialismo biologizante contemporâneo, como pontua Rouanet (2003). Ele iguala a condição humana à animal. Nega a alma transcendental. A alma é tão material quanto o corpo e constitui-se em uma função deste. O corpo deixa de ser um receptáculo da alma, uma vez que é auto-regulável e auto-suficiente, e conseqüentemente abre-se para a condição de objeto mercadológico. La Mettrie instaura o conceito de homem-máquina.

O século XIX é marcado pelo pensamento marxista, o qual questiona o mundo ideal, situando o homem no contexto histórico-social. “O corpo do homem em Marx é um corpo que se torna humano por sua atividade produtiva, isto é, pelo trabalho”, afirma Alves (2003, p.33). Considerando as relações de trabalho no capitalismo, esse corpo não se humanizou no trabalho, pelo contrário, tornou-se automatizado e cada vez mais exigido.

O limite imposto pelos aparelhos de correção da forma corporal dá lugar à prática de exercícios físicos. Estes supõem planificação de trabalho e acumulação de exercícios (VIGARELLO, 1995). Agora não é mais necessário aparelhos para o corpo, pois o próprio corpo se torna máquina. O corpo enquanto máquina pode e deve ser consertado.

Ao longo da história, o corpo vai sendo (re) fabricado de acordo com as aspirações de cada sociedade em um dado tempo histórico. Dos gregos aos contemporâneos assistimos à fragmentação do homem em corpo e alma e à objetivação do corpo. Essa dicotomia ainda hoje repercute da religião ao setor saúde, passando pela filosofia e antropologia.

A pós-modernidade evidencia a exacerbação do culto ao corpo, marcado por uma busca desenfreada de beleza, saúde e imortalidade. Para Featherstone (1991), o corpo aumenta seu valor de troca à medida que se aproxima da juventude, saúde, boa forma e beleza. Nossa sociedade criou um aparato consumista para atender a esse apelo: academias, intervenções estéticas, moda, medicamentos, cosméticos, entre outros. Neste contexto, a atividade física, as “ciências da saúde” e a biopolítica ganham espaço em solo fértil.

Na atualidade, a ciência tem-se ocupado em controlar a vida e a morte, desta forma, clonagens, experiências com células-tronco, detecção precoce de patologias pelo estudo do código genético, entre outros, constituem realidade, anteriormente colocada apenas como ficção cinematográfica. Parece que as perspectivas futuras de corpo estão engendradas exatamente em sua negação, no não ser corpo. Le Breton (2003), em “O adeus ao corpo”, discute o corpo cibernético, a inteligência artificial. Imune às doenças e à morte, destituído dos sentidos próprios aos humanos, este novo “corpo” computadorizado, cibernético, re-significaria a existência humana. Neste contexto, como afirma Santin (1994, p.91): “Sem dúvida, voltar a falar de corporeidade não pode ser um gesto de simples lembranças de vozes do passado, mas (...) significa sonhar uma imagem de homem com novos traços”.

## **SER ACOMETIDO POR UMA DOENÇA CRÔNICA NÃO-TRANSMISSÍVEL: RUPTURA E ELABORAÇÃO**

Alguns acontecimentos são marcos de ruptura na vida das pessoas, pois constituem vivências capazes de suscitar questionamentos voltados para a vida de uma forma geral e para a existência do sujeito. Dentre estes marcos estão alguns fatos históricos, os quais influenciam de maneira impetuosa a muitos, como as guerras, os atentados terroristas, entre outros. Contudo, pode-se também ressaltar algumas ocorrências que também marcam rupturas na vida do sujeito, de maneira singular; são exemplos: a morte de um amigo ou familiar, a doença, a amputação de um membro.

Em relação à ruptura trazida pela doença crônica não-transmissível Campos (2004, p. 28):

Uma vez diagnosticada, a doença crônica implica para o seu portador um processo a ser vivido ao longo da vida. Pode levar a perdas graduais no seu estado de saúde e envolver sentimentos relacionados a essas perdas, refletindo-se em conseqüências para sua vida cotidiana, seja nas relações afetivas, no trabalho, na preservação de sua auto-estima, enfim, na incerteza quanto ao *status* que lhe é atribuído a partir de então.

Ainda segundo Campos (2004), a partir do momento em que a pessoa reconhece-se diabética, a doença passa a fazer parte de seu referencial biográfico, seu caráter crônico promove uma ruptura na autobiografia. Nesse sentido, Adam e Herzlich (2001, p.126) “a pessoa é golpeada em seu autoconceito”. Instala-se uma crise de identidade. Daí o sentido dos questionamentos existenciais. A necessidade de adaptação à nova condição leva o sujeito a reelaborar, negativa ou positivamente, sua vida.

Convém ressaltar também o rumo incerto imposto pela DCNT. As possíveis complicações clínicas levam o doente a temer o rumo de sua vida. Em relação ao portador de diabetes (Pinho, 2000), denominou esse rumo incerto de “estar na corda bamba”, pois para os sujeitos de sua pesquisa viver diabético significa tristeza, pavor, horror, depressão, medo, ansiedade e crueldade.

Este rumo incerto inclui o medo da morte. A fim de afastá-lo alguns doentes optam por viver o presente, outros preferem acreditar que alcançarão a cura. Para o homem o futuro é sempre essencial, daí o medo da morte, uma vez que a mesma priva o ser humano desse futuro projetado (COMTE-SPONVILLE, 1997). O ser humano tende a acreditar sempre numa felicidade futura, a projetar-se fora do tempo presente. Assim, viver com uma doença crônica marca profundamente a vivência do sujeito frente à temática morte e morrer.

## **DOENÇA OU DOENTE? FRAGMENTOS DE CORPO OU CORPO VIVIDO?**

A oficialização da dicotomia corpo-mente na filosofia de Descartes trouxe várias implicações para a sociedade, as quais ainda são fortes no mundo pós-moderno. Segundo Rajagopalan (1996) várias distinções binárias advêm da oposição corpo-mente, como por exemplo, significante-significado e sensibilidade-conhecimento. Esse mesmo autor afirma: o corpo sente, logo é frágil e passivo, podendo ser associado ao feminino; por outro lado, a mente pensa, assim é racional, intelectual e ativa, representando o masculino.

As ciências da saúde ou da vida evidenciam a concepção de corpo desprovido de sentido, supostamente separado do sujeito. Esta assertiva tem suscitado muitos questionamentos sobre a autenticidade e autonomia da pessoa humana frente a um processo de adoecimento. O corpo não é mais a pessoa, o dualismo funciona como paradigma da ação médica e decide sobre a existência do homem, logo, tudo é permitido num corpo sem homem (LE BRETON, 1995). Instala-se o domínio do corpo objetivado, vida apenas orgânica, mas sem vivência.

Segundo Landowski (1996, p. 22): “... basta a enfermidade. Uma vez declarada, se ela dura se se instala, se se confirma, ela vai rapidamente nos tornar a nós, legítimos donos desse nosso corpo, simples testemunhas (aliás, mais ou menos inoportunas) do que lhe sucederá”. Trazendo esta reflexão para o portador de doença-crônica convém pensar este ser testemunha de um processo que durará a vida inteira.

Laplantine (1991) afirma que a doença não pode ser reduzida à sua dimensão anátomo-fisiológica, pois ela faz parte da cultura e do social. Este autor relata a relação existente no imaginário das pessoas, inclusive dos profissionais de saúde, entre saúde e salvação: o médico como sacerdote define as regras, prescreve os comportamentos e ameaça, e o cliente/paciente como fiel precisa obedecer às orientações e sentir-se culpado quando não seguir as regras. Esqueceu-se que o ser humano continua sua vida após a doença crônica, como afirma Merleau-Ponty (1994, p. 581):

Frequentemente nos espantamos de que o enfermo ou o doente possam suportar-se. É que para si mesmos eles não são enfermos ou moribundos...ele é tudo aquilo que vê, ele tem este meio de escape. A consciência nunca pode objetivar-se em consciência-de-doente ou consciência de enfermo.

Dentro do enfoque existencialista, esse autor antepõe-se ao dualismo corpo-mente, o qual nos leva a pensar o corpo em oposição à mente. A tradição filosófica propôs uma ruptura entre corpo e mente ao conceber o primeiro como mero invólucro do segundo. Esse sentimento de desprezo ao corpo, oficializado por Descartes, é contraposto por Merleau-Ponty através da concepção de corpo vivido ou corporeidade. Para ele “a união entre a alma e o corpo não é selada por um decreto arbitrário entre dois termos exteriores, um objeto, outro sujeito. Ela se realiza a cada instante no movimento da existência” (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 130).

O corpo vivido difere daquele corpo concebido apenas enquanto conjunto de células, órgãos e sistemas, seja sob o enfoque anatômico, fisiológico ou patológico. Landowski (1996) afirma que as ditas ciências da vida, de fato, concebem um corpo morto, já que desprovido de alma, ou seja, desconectado da realidade humana e social, do sentido.

Não se trata de inverter a ordem de prioridades, mas de unificar corpo e alma, tendo em vista que o corpo não é um objeto sem interior ou apenas um receptáculo da alma. É nele que a existência humana e a consciência do mundo são demarcadas. É no corpo que o sujeito constrói suas relações com o mundo-da-vida, desta forma, o corpo vivido pressupõe uma síntese entre existência biológica e existencial, entre mundo natural e cultural (MERLEAU-PONTY, 1994).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo da história, o corpo vem sendo fabricado e (re) fabricado de acordo com as aspirações de cada sociedade em um dado tempo histórico. Dos gregos aos contemporâneos assistimos à fragmentação do homem em corpo e alma e à objetivação do corpo. Essa dicotomia ainda hoje repercute da religião ao setor saúde, passando pela filosofia e antropologia.

No processo crônico de adoecimento, a redução da pessoa a um “corpo doente ou incapacitado” não contribui na promoção do auto-cuidado, tão caro aos portadores de diabetes e profissionais de saúde. E, à medida que o corpo é desvinculado do sujeito que adoecer, a autonomia na trajetória de vida pode ficar prejudicada.

Contudo, mesmo diante de uma demanda terapêutica restritiva, as pessoas continuam livres enquanto seres de possibilidades no horizonte da vida. Assim, elas podem resignificar suas vidas após a inserção da doença. Essa incursão envolve compromisso com o direcionamento da própria vida. O cuidado com a vida implica a construção de um mundo no qual cognição e sentido são indissociáveis e habitam um horizonte existencial de autonomia e liberdade.

Não obstante aos inúmeros discursos sobre autonomia do sujeito, autocuidado e humanização, a abordagem ao portador de DCNT continua sendo centrada no corpo-objeto, no paradigma do biologicismo e tecnicismo. A evolução científica e a maneira objetivada com que o ser humano vem sendo tratado no setor saúde evidenciam a doença como evento. Tal assertiva torna-se ainda mais relevante na abordagem à pessoa portadora de DCNT, tendo em vista seu caráter crônico e todas as implicações trazidas por essas doenças à subjetividade da pessoa e às suas interações sociais. Assim, humanizar a apropriação pelo sujeito de tecnologias conquistadas pela ciência é um grande desafio. A ciência que tanto se esforça na criação de recursos tecnológicos para atender às doenças, precisa voltar-se para o homem, já que o adoecimento não possui uma realidade em si, mas apenas na interação com o ser.

Como afirma Penna<sup>1</sup> “não dá para ver o sujeito a partir da doença”. Ou seja, o evento deve ser a pessoa e não sua doença. Para que haja o deslocamento da visão centrado no corpo doente para a pessoa que vivencia o adoecimento é preciso compreender e repensar o projeto antropológico do nosso tempo, o qual inclui uma maior aproximação com a abordagem de corpo vivido ou corporeidade.

## **BIBLIOGRAFIA:**

ADAM, P.; HERZLICH, C. *Sociologia da Doença e da Medicina*. Bauru: EDUSC, 2001. Cap. 7. A experiência da doença em todos os lugares da vida social.

ALVES, V.F.N. *O corpo lúdico maxacali: segredos de um “programa de índio”*. Belo Horizonte: c/ arte, 2003. 179 p.

CAMPOS, M. F.F. *Os sentidos atribuídos a um processo de adoecimento crônico; o diabetes como situação limite*. 2004. 163 f. Dissertação (Mestre em Psicologia) – Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

COMTE-SPONVILLE, André. Morrer curado? In: Bom dia, angústia! São Paulo: Martins Fontes, 1997. p. 59-79.

FEATHERSTONE, M. *Consumer culture and postmodernism*. Londres: Sage, 1991. 223 p.

FREITAS, M.E.A. *A consciência do corpo-vivência que assusta: a percepção de profissionais de enfermagem na área hospitalar*. 1999. 257 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

LADOWSKI, Viagem às nascentes do sentido. SILVA, I.S. (org.). In: *Corpo e Sentido*. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1996. p. 21-43.

LAPLANTINE, F. Antropologia da doença. São Paulo: Martins Fontes, 1991. 274 p.

LE BRETON, D.L. A Síndrome de Frankenstein. SANT’ANNA, D. B. In: *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 49-67.

LESSA, I. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis*. São Paulo: HUCITEC, 1998. 248 p.

---

<sup>1</sup> Notas em sala de aula na disciplina Antropologia da Saúde no Curso de Mestrado em Enfermagem/UFMG.

MERLEAU-PONTY, M. *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins fontes, 1994. 662 p.

PINHO, L.M.O. Educação em Saúde no cotidiano do ser diabético. 2000. 116 f. Dissertação (Mestre em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

POLAK, Y. N. S. A corporeidade como resgate do humano na enfermagem. Pelotas: Universitária/UFPel, 1997. 151 p.

RAJAGOPALAN, K. Corpo e sentido numa perspectiva desconstrutivista. SILVA, I.S. ( org.). I *Corpo e Sentido*. São Paulo: Editora da Universidade da Estadual Paulista, 1996. p. 79-95.

ROUANET, S.P. O homem-máquina hoje. In: *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 37-6421.

SANT'ANNA, D. B. In: *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. 188p.

SANTIN, S. Corporeidade – prazer – jogo – desafio para repensar o projeto antropológico. Contexto et educação. Ijuí: Unijuí, ano 7, n° 29, p. 7-25, jan-mar.1992.

\_\_\_\_\_. Educação Física: da alegria do lúdico à opressão do rendimento. Porto Alegre: Edições EST/ESEF-UFRGS, 1994. 107p.

VIGARELLO, G. Panóplias Corretoras: Balizas para uma história. SANT'ANNA, D. B. In: *Políticas do corpo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1995. p. 21-47.

---

Wilma Dantas Pereira E-mail: wilma\_dantas@yahoo.com.br  
Maria Édila Abreu Freitas E-mail: efreitas@enf.ufmg.br  
Cláudia Maria Mattos Penna E-mail: cmpenna@enf.ufmg.br